



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**A Literacia para a Saúde em Pessoas Idosas Institucionalizadas**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Elda Raquel Saraiva da Costa**

**Porto | 2019**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Mestrado em Enfermagem Comunitária

A Literacia para a Saúde em Pessoas Idosas Institucionalizadas

Helth Literacy on Institutionalized Elderly

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria José Peixoto e coorientada pela Professora  
Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Elda Raquel Saraiva da Costa

Porto | 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Às Professoras Doutoras Maria José Peixoto e Maria Henriqueta Figueiredo por aceitarem guiar este processo de crescimento profissional e individual com toda a aventura da descoberta de pensamento e construção inerentes. Muito obrigada pelo tempo, carinho e compreensão que dispensaram a esta minha caminhada.

Ao Professor Doutor Luís Saboga-Nunes, por atender ao pedido de colaboração e prontamente contribuir para que este estudo fosse possível.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, por me ter permitido realizar este percurso académico e pessoal.

À minha caríssima colega de percurso Inês Lima, pela paciência que tem comigo, pelo seu enorme sentido de orientação, que tantas vezes me colocou os pensamentos e prazos devidamente ordenados, pelo seu sorriso e sentido de humor nas alturas de maior tensão.

Às instituições que tão amavelmente me abriram as portas para poder aplicar os questionários e aos principais atores deste estudo, as pessoas idosas que cederam o seu tempo e histórias de vida, para que este trabalho de investigação fosse possível.

À minha família, pais, marido e ao meu pequeno príncipe, que forçosamente descobriu a ausência da mãe para o computador.



## DEDICATÓRIA

À minha mãe, a minha pessoa idosa,  
com o seu colo gigante e sempre pronto,

*O que fiz por mim fiz por ti também.*

*O que fiz por ti fiz por mim também.*

*O que fiz tão bem fiz tão bem por mim.*

*(...)*

*O que faço agora é só o que me dá vontade.*

*O que fiz outrora nem sempre farei depois.*

*(...)*

*E se o mal que fiz foi para fazer o bem... não tem mal.*

*E olho por mim como cuido dos outros.*

*(...)*

*E não estarei sempre certa, mas estou certa de que quis estar... e isso chega-me.*

João Negreiros, in *Eu bem disse que era por aqui*



## RESUMO

**Introdução:** A literacia para a saúde mobiliza o conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com o propósito de tomar decisões em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, no sentido de manter ou melhorar a qualidade de vida, ao longo do tempo. **Objetivos:** Avaliar a literacia para a saúde das pessoas idosas institucionalizadas, nos seus três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. **Metodologia:** Estudo quantitativo, do tipo transversal e descritivo. A população corresponde às pessoas idosas, institucionalizadas em dois lares de idosos e centros de dia na região norte do país. Trata-se de uma amostra não probabilística de escolha racional, composta por 62 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos ( $M=83,14$ ;  $DP=6,65$ ). Foi utilizada a versão portuguesa do questionário de literacia para a saúde HLS-EU-PT. **Resultados/Discussão:** A partir dos dados obtidos do cálculo da literacia para a saúde 37,8% apresentam literacia inadequada, 50%, literacia problemática e 12,5% literacia suficiente, ou seja 87,8% apresentam literacia limitada. Um estudo realizado num AceS da região norte em 2018 conclui que 81,3% apresenta também, literacia limitada (Araújo, et al, 2018), corroborando os dados obtidos, ainda um estudo realizado numa ULS da região centro em 2017, conclui que 73,1% da população estudada apresenta também literacia limitada (Martins, 2017). **Conclusões:** É fundamental intervenção pelos profissionais de saúde nomeadamente por parte dos enfermeiros no sentido de melhorar a literacia para a saúde desta população.

**Palavras-chave:** Literacia para a Saúde; Família institucional, Necessidades da pessoa idosa





## ABSTRACT

**Introduction:** Health literacy mobilizes the knowledge, motivation and skills to access, understand, evaluate and apply health information for the purpose of making health promotion and disease prevention decisions to maintain or improve health. quality of life over time.

**Objectives:** To evaluate the health literacy of institutionalized elderly in its three domains: health care, disease prevention and health promotion.

**Methodology:** Quantitative, cross-sectional and descriptive study. The population corresponds to the elderly, institutionalized in two nursing homes and day centers in the northern region of the country. This is a non-probabilistic sample of rational choice, composed of 62 elderly people, aged between 65 and 94 years ( $M = 83.14$ ;  $SD = 6.65$ ). The Portuguese version of the health literacy questionnaire HLS-EU-PT was used.

**Results / Discussion:** From the data obtained from the calculation of health literacy 37.8% have inadequate literacy, 50% problematic literacy and 12.5% sufficient literacy, 87.8% have limited literacy. A study conducted in a northern region AceS in 2018 concludes that 81.3% also has limited literacy (Araújo, et al, 2018), corroborating the data obtained, yet a study conducted in a central region ULS in 2017, concludes that 73,1% of the studied population also has limited literacy (Martins, 2017). **Conclusions:** It is essential for health professionals to intervene, namely by nurses, to improve the health literacy of this population.

**Keywords:** Health Literacy; Institutional family, Elderly needs



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>3</b>
1.1. O envelhecimento em Portugal .....	3
1.2. Alterações do envelhecimento .....	6
1.3. A pessoa idosa institucionalizada num conceito de família institucional.....	8
<b>2. LITERACIA PARA A SAÚDE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
3.1. Objetivos do estudo .....	15
3.2. Tipo de estudo.....	15
3.3. População .....	16
3.4. Instrumento de colheita de dados – HLS-EU-PT .....	16
3.5. Método de Recolha dos dados.....	19
3.6. Tratamento e análise dos dados .....	19
3.7. Considerações éticas .....	20
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b>	



## LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1: Dados sociodemográficos .....	23
Tabela nº 2: Dados sociodemográficos .....	24
Tabela nº 3: Dados sociodemográficos .....	25
Tabela nº 4: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde .....	26
Tabela nº 5: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde .....	27
Tabela nº 6: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde .....	28
Tabela nº 7: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença .....	29
Tabela nº 8: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença .....	30
Tabela nº 9: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença .....	31
Tabela nº 10: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde.....	31
Tabela nº 11: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da Saúde .....	32
Tabela nº 12: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde.....	33
Tabela nº 13: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde.....	34
Tabela nº 14: Sentido de Coerência .....	35
Tabela nº 15: Saúde e utilização de serviços .....	36
Tabela nº 16: Hábitos e estilos de vida .....	37
Tabela nº 17: Hábitos e estilos de vida .....	38
Tabela nº 18: Dados da literacia funcional (NVS - Newest Vital Sign) .....	39
Tabela nº 19: Índice de Literacia para a Saúde .....	40



## INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência do conhecimento assente na procura de um corpo de conhecimentos rigorosos que permitam ao enfermeiro agir perante as situações com que se depara no exercício do seu papel profissional, com o objetivo de obter ganhos em saúde quer junto dos indivíduos famílias ou comunidades, tem procurado desenvolver-se nesta prática baseada em evidência (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006; Polit, Beck & Hungler, 2004).

O conceito de Literacia para a Saúde, temática ainda pouco conhecida, muitas vezes confundida e intimamente ligada com a promoção da saúde, surge em 1974 e tem gradualmente ganho relevo e atenção quer por investigadores, quer nas agendas políticas um pouco por todo o mundo ocidental, pelo enfoque que dá a questões de busca de informação em saúde, importância da motivação e competências dos indivíduos para compreender, aceder, avaliar e aplicar a informação, na procura de uma otimização da sua saúde (Weiss, Mays, Martz et al., 2005).

Estamos a atravessar enquanto sociedade, um período de fortes mudanças económicas e políticas, somos a sociedade do conhecimento, da pressão para a tomada das melhores decisões em saúde, do medir quem faz mais e melhor, dos objetivos e dos indicadores, dos estilos de vida saudáveis. Todos em alguma fase da vida nos deparamos com problemas ligados ao nosso nível de literacia para a saúde, quer seja por preocupações com doenças, procura de informação ou acesso aos serviços de saúde, são situações que nos tornam vulneráveis independentemente do nível de educação que se tem, quer sejamos adolescentes, adultos ou pessoas idosas, cuidadores, ou cuidados (Marshall & Eberle, 2012).

Estas são questões que colocam a literacia para a saúde como principal objeto de estudo de vários investigadores, na compreensão do seu papel na manutenção e melhoria da qualidade de vida individual e das comunidades, pois a literacia para a saúde, tem diretas implicações políticas e económicas, pois uma adequada utilização dos serviços de saúde permite melhor gestão de custos, assim, quanto melhor forem os níveis de literacia para a saúde, menor serão os custos em saúde (Escoval, Amaral & Pedro 2016; Intellicare, 2017).

Apresentando-se como uma ferramenta essencial na melhoria da saúde das populações pela capacidade dos indivíduos identificarem, interpretarem e compreenderem informação em diversas situações de saúde, a literacia para a saúde, foi incluída no programa governamental português para a saúde em 2016, como uma prioridade de saúde pública, tendo sido a essa

data criado o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, com o objetivo de fortalecer o papel ativo de cada indivíduo no sistema de saúde, na gestão da sua condição de saúde, de familiares e da comunidade onde está inserido, procurando informação e interagindo com os profissionais de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2017; DGS, 2017).

Considerando a importância da Literacia para a Saúde, quer a nível individual quer a nível das comunidades e o conjunto de competências definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pela Ordem dos Enfermeiros (2015), surge a necessidade de conhecer o nível de literacia para a saúde das pessoas idosas institucionalizados em duas instituições da região norte do país. Definiu-se assim, para este estudo o seguinte objetivo: Avaliar o nível de literacia para a saúde das pessoas idosas institucionalizadas, através do HLS-EU-PT.

O presente trabalho de investigação encontra-se organizado em duas partes, uma primeira focada na compreensão do atual estado da arte, com a exploração de conceitos e dados relevantes encontrados que fundamentam teoricamente o estudo desenvolvido. Numa segunda fase, é apresentado o trabalho empírico, abordando a metodologia de investigação, apresentação e análise dos resultados e discussão dos mesmos. Finalizando, são apresentadas as conclusões, bibliografia e anexos (com todos os documentos utilizados para elaboração do estudo).

Este estudo de investigação pretende ser um pequeno contributo no reforçar da importância da literacia para a saúde individual e das comunidades, nomeadamente nas pessoas idosas institucionalizadas, através da avaliação do seu nível de literacia para a saúde.



## 1. OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 ao definir pessoa idosa apenas se centra na idade cronológica, referindo-se a todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente do sexo, etnia, cor ou estado de saúde, esta é a definição mais comumente aceite. No entanto, a mesma organização em 2015 (pp. 3) refere que *“pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos”*, eliminando assim a ideia de uma pessoa idosa típica, pois as necessidades e capacidades das pessoas idosas são consequência das suas vivências e muitas vezes modificadas, de acordo com as diferentes fases do ciclo de vida e sua importância para a pessoa e o papel que essa importância tem no processo de envelhecimento.

Segundo Fachine et al. (2012) podem classificar-se em quatro categorias, as consideradas pessoas idosas, a saber, as pessoas de meia idade (40-65 anos, quando surgem as primeiras perdas funcionais), velhice (65-75 anos, idade da pós-reforma, na qual se sente uma crescente perda de capacidades funcionais), velhice avançada (75-85 anos, com perda significativa de habilidades relacionadas com as atividades de vida diárias) e muito idosos (+ de 85 anos, podendo surgir a necessidade de cuidados especiais de saúde e prestadores de cuidados) (Rebelo & Penalva, 2004; Sequeira, 2010; Pocinho, 2014).

Atualmente, o “ficar velho” é associado ainda, a uma redução de capacidades funcionais e cognitivas, de recursos económicos e sociais, ou seja, um complexo problema da sociedade (Velo, 2015).

### 1.1. O envelhecimento em Portugal

O progressivo envelhecimento da população associado à diminuição das taxas de fertilidade e de mortalidade e ao resultante aumento da esperança média de vida, é um dos mais inquietantes fenómenos demográficos e sociais da sociedade portuguesa (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014). Com uma maior proporção de pessoas idosas, aumenta a probabilidade das condições de dependência no autocuidado, que em algum momento poderão requerer maior necessidade de cuidados a prestar às pessoas idosas (Lini, Portella & Doring, 2016).

Em 2017, de acordo com o relatório acerca das perspetivas da população mundial da Organização das Nações Unidas (ONU), 2017, a população atingiu 7,6 mil milhões de pessoas e o crescimento populacional deverá em 2100 atingir os 11,2 mil milhões. Este exponencial crescimento deve-se não só aos índices de fertilidade, mortalidade e migração, mas também ao envelhecimento da população. Estima-se que existem atualmente em todo o mundo 962 milhões de pessoas com mais de 60 anos, podendo atingir os 3,1 mil milhões em 2100.

Na Europa, 25% da população tem 60 anos ou mais, devendo atingir os 36% em 2100. Lado a lado com o atual crescimento da população, deverá aumentar a esperança média de vida dos atuais 71 anos para os 77 anos no horizonte 2045-2050. Em Portugal, a esperança média de vida entre 2015-2020 deverá situar-se nos 81,5 anos, atingindo os 92,1 anos entre 2095-2100 (ONU, 2017), sendo de 77,78 anos para os homens e 83,43 anos para as mulheres (INE, 2019).

Em Portugal, no espaço temporal compreendido entre 1991 e 2001, verificou-se um acentuado crescimento da população com 65 e mais anos. Em 1991, apenas 30.8% das famílias incorporava pessoas idosas, em 2001, devido unicamente ao aumento de famílias constituídas apenas por pessoas idosas, essa percentagem passou para 32.3%. Em 2006 residiam em Portugal 10 599 095 pessoas, sendo 1 828 617 destes, pessoas idosas (Magalhães, 2003), sendo que o INE (2017) prevê que a população com 65 ou mais anos, poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080.

De acordo com previsões do Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017, entre 2015 e 2080 Portugal poderá perder população, passando dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, aumentando, no entanto, o número de pessoas idosas de 2,1 para 2,8 milhões. Com a diminuição da população jovem e o aumento da população idosa, irá verificar-se alteração do índice de envelhecimento passando, em 2080, de 147 para 317 pessoas, por cada 100 jovens.

O aumento do número de pessoas idosas, leva a uma maior probabilidade de aumentar o índice de dependência, que retrata a relação entre o número de pessoas idosas e as possivelmente ativas (entre os 15 e os 64 anos), índice este que praticamente duplicou desde 1960 e deverá aumentar de 26% em 2010 para 53% em 2060 (DGS, 2014).

Ao longo dos séculos, a imagem do que é ser idoso e do processo de envelhecimento tem sofrido grandes mudanças, não sendo nesta evolução, Portugal, uma exceção. Em séculos passados, a pessoa idosa ocupava na sociedade, um papel essencial, visto como rico em experiências e sabedoria, fundamental na família, fonte de respeito e de conhecimentos a transmitir aos mais jovens. Devido ao crescimento industrial e mudanças económicas vividas a partir do século XX, a imagem da pessoa idosa foi adquirindo a forma de alguém

considerado frágil e sem utilidade na sociedade, pela incapacidade de produzir, trabalhar, levando a uma diminuição na importância do seu papel familiar, que conduziu a uma maior procura de institucionalização.

Contudo, importa entender o envelhecimento como uma fase do desenvolvimento humano. No desenrolar deste processo que é esperado e dinâmico, ocorre uma diminuição mais ou menos gradual da capacidade funcional e circunscreve muitas vezes a pessoa idosa a um ciclo social restrito à família ou vizinhos, com espaço para a solidão ou institucionalização, conduzindo a uma exclusão social da pessoa idosa. Assim, a qualidade de vida da pessoa idosa está intimamente ligada ao tempo que esta se mantém produtiva e sem incapacidade, com menores custos para os serviços de saúde e maior contribuição para a sociedade. É necessário promover o sucesso do envelhecimento, incentivar a interação familiar, defender a pessoa idosa de atos de violência e negligência de cuidados, dar uma oportunidade ao envelhecimento saudável, através de políticas públicas de proteção social e apoio às pessoas idosas (Rebelo & Penalva, 2004; Sequeira, 2010; Pocinho, 2014).

As repercussões geradas pelo envelhecimento demográfico, quer no crescente aumento de custos dos cuidados de saúde, pensões e segurança social, junto com o incremento da despesa pública, acarreta severos riscos na capacidade de resposta às necessidades de saúde das pessoas idosas, por parte do sistema de saúde e segurança social, notado de forma mais acentuada nos mais idosos, idades acima dos 85 anos (Rebelo & Penalva, 2004; Veloso, 2015). Dos vários desafios apresentados pelo envelhecimento, destacam-se não apenas a questão do custo a suportar pela sociedade, mas também o lugar que esta problemática ocupa nela, a organização das respostas certas para as necessidades das pessoas idosas e a capacidade de mobilização dos recursos existentes. No entanto, as preocupações criadas em torno dos custos associados ao envelhecimento, como os custos com cuidados de saúde e equipamentos de suporte nas dependências, geram na população, representações negativas acerca das pessoas idosas, alimentando o preconceito e o idadismo, que promovem o isolamento destes e a exclusão social (Veloso, 2015).

Este é o século das pessoas idosas, o século XXI do mundo ocidental, uma preocupação de todos, porque os jovens de hoje são as pessoas idosas de amanhã, serão eles como estes agora, à procura de vivenciar um envelhecimento com qualidade de vida e digno (Ferreira, 2010).

Em Portugal o envelhecimento é anunciado pela idade da reforma, sendo este marco cronológico o único parâmetro definidor da entrada na considerada população idosa. A sociedade atual, uma sociedade consumista, encara as pessoas idosas como excluídas,

incapazes, desvalorizadas, pois não fazem parte da população trabalhadora e produtora (Squire, 2002).

É fundamental esquecer esta visão limitada do envelhecimento, declarado apenas pela idade da reforma, compreendendo-o numa perspetiva de desenvolvimento do ciclo de vida, natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se inicia no nascimento e culmina no momento da morte de cada indivíduo, um processo pessoal e individualizado de mudanças e transições (Sequeira, 2010).

## **1.2. Alterações do envelhecimento**

O envelhecimento, vivido de diferentes formas em diferentes contextos culturais, decorre de um processo gradual de modificações fisiológicas e funcionais, numa sucessão de transformações marcantes, como o risco aumentado de aparecimento de doenças crónicas, perdas sensoriais e cognitivas, alterações físicas e na forma de sentir o próprio corpo, mudanças nos papéis familiares e sociais e status social (Gonzalez et al., 2011).

O processo de envelhecimento, que se pensava característica das sociedades mais desenvolvidas, não pode ser ignorado, com todas as mudanças inerentes a este fenómeno (Stanhope & Lancaster, 2008; Silva, 2005). Importa que a sociedade esteja preparada para responder a esta problemática, às alterações sociais e económicas a ela subjacentes, pois não importa apenas viver mais anos, importa sim, viver com qualidade de vida (Santos, Santos, Santos & Duarte, 2013).

Envelhecer encerra em si todo um conjunto de mudanças físicas (fatores biológicos), psicológicas e sociais, sendo observado de formas específicas de acordo com a sociedade e época histórica (Zimerman, 2000). Assim, no processo de envelhecimento a pessoa necessita redefinir objetivos, prioridades, preferências, reajustar papéis e posições sociais, levando-a a selecionar as atividades mais significantes para si, maximizar as suas capacidades e habilidades de forma a adaptar-se às perdas funcionais e vivenciar o envelhecimento com o máximo de bem-estar possível (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

Esta mudança no status social da pessoa idosa e interação com os outros pode ser reflexo da reforma, da alteração de papéis familiares, no trabalho e sociedade, perda de parentes ou amigos, condições económicas, diminuição de contactos sociais, perda de independência e autonomia, flexibilidade e capacidade de adaptação aos novos meios de comunicação e tecnologia avançada (Zimerman, 2000).

Uma das mudanças mais significativas é a entrada na idade da reforma, pois altera o ritmo e estilo de vida da pessoa idosa, no sentido em que trabalhar é sinónimo de ter um lugar definido na sociedade, uma fonte de socialização, que após inatividade, produz sentimentos de inutilidade e diminuição de autoestima. Poucas vezes, este “ser reformado” gera sentido de libertação perante uma atividade laboral sentida como monótona ou fatigante (Gineste et al., 2007; Alaphilippe et al., 2013).

A presença mais assídua em casa, o ser avô ou avó, a saída de casa dos filhos, são alterações dos papéis e relacionamentos familiares que se associam muitas vezes a perda de estatuto do papel de progenitor e educativo no seio da família. Estas alterações podem ser também geradoras de stress na pessoa idosa, caso a relação familiar não esteja assente sobre afeto e respeito, fatores que contribuem para uma melhor aceitação por parte da pessoa idosa do seu novo papel familiar e processo de envelhecimento. Relações familiares conflituosas geram sentimentos de solidão (Gineste et al., 2007; Silva et al., 2005).

No decorrer do processo de envelhecimento ocorrem além das mudanças fisiológicas e cognitivas, como diminuição das capacidades de memorização, aprendizagem, expressão verbal e linguagem, défice de atenção e inteligência, que podem depender quer no seu início e progressão, do estado de saúde, personalidade, nível intelectual e outros (Fechine et al., 2012). Muitas vezes esta diminuição gradual das capacidades cognitivas deve-se ao desuso e não propriamente ao envelhecimento em si, concomitantemente com doenças, fatores de risco comportamentais, e fatores sociais.

A construção da identidade realizada através das interações familiares e sociais, definem os padrões de comportamento a manter ao longo da vida e como cada pessoa vai envelhecer. Esta identidade individual é que permite a cada pessoa o adaptar-se aos eventos críticos que surgem ao longo do ciclo vital atribuindo significado e sentido ao que vai vivenciando (Gineste et al., 2007).

Desta forma, envelhecer poder ser visto de acordo com os padrões sociais e da sociedade, da forma que esta o define, o que nem sempre corresponderá ao real estado de envelhecimento percecionado pelo indivíduo, pois nem todos sentem as mudanças como negativas ou castradoras. Envelhecer pode ser entendido também, como uma oportunidade de desenvolver/trabalhar a autonomia, a personalidade e as competências pessoais (Gineste et al., 2007).

O processo de envelhecimento, influenciado por vários fatores, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais, considera-se uma vivencia multidimensional e multifacetada, que resulta de inúmeros processos de desenvolvimento pessoal em constante interação.

### **1.3. A pessoa idosa institucionalizada num conceito de família institucional**

O conceito de família institucional, segundo Figueiredo (2013) integra os contextos onde residem e interagem diversos indivíduos, na sua maioria sem vínculos de consanguinidade e /ou legais, como lares de idosos, entre outros.

O progressivo envelhecimento da população revela um dos mais inquietantes fenómenos demográficos e sociais da sociedade portuguesa (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014). A ausência de uma rede de apoio familiar que possa dar resposta às necessidades de autonomia e de bem-estar das pessoas idosas leva por vezes, à procura de instituições capazes de os acolher, passando a instituição a ser o domicílio e as pessoas que a formam a sua família. Este processo de institucionalização apresenta-se, muitas vezes, como única opção da família, face à impossibilidade de cuidar do seu familiar dependente (Carvalho & Dias, 2011).

A institucionalização é assim, uma questão social e familiar, causadora de sentimentos de culpa partilhados pelos membros da família e, não raras vezes, abandono, isolamento muitas vezes acompanhada de dificuldades de adaptação da pessoa ao meio institucional (Carvalho & Dias, 2011). Nesse processo, a pessoa idosa passa por várias etapas, numa transformação rápida em que deixa a sua casa, o ambiente familiar, para conviver com pessoas desconhecidas (Caldas, 2002; Schuramm, 2004). Dos muitos motivos que conduzem à institucionalização destacam-se a ausência de condições familiares para dar suporte à pessoa idosa, quer pelo número reduzido de integrantes da família, quer pela ausência de condições físicas ou financeiras, condições do próprio domicílio (acessos, etc.) e ainda a vontade da pessoa idosa em não ser um fardo para os seus familiares. Muitas pessoas idosas sentem vergonha no facto da sua institucionalização ser involuntária, resultante de conflitos familiares, viuvez, doenças múltiplas ou síndromes demenciais, sendo que não tão raras vezes, escondem ameaças familiares que conduziram a esta decisão (Tavares, 2007).

De acordo com Born (2002, pp. 403) *“muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários”*. Um dos sentimentos mais presentes na vida da pessoa idosa institucionalizada é o de exclusão, de ter sido abandonada por crença de se ter tornado um peso para a família (Born, 2002). Quando passa a fazer parte do ambiente institucional, a pessoa idosa tem dificuldade em

lidar com as perdas, como o status e papéis sociais, ao mesmo tempo em que tem de enfrentar problemas de saúde e económicos, isolamento, rejeição, marginalização social, entre outros (Tavares, 2007).





## 2. LITERACIA PARA A SAÚDE

Considerando o processo de envelhecimento, todas as dimensões a si associadas e o aumento da proporção de pessoas idosas institucionalizados, neste conceito de família institucional, importa entender como estes, compreendem e vivem o conceito de saúde. Neste sentido, surge a literacia para a saúde, ou seja, *“a capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização em diversas situações e ao longo do ciclo de vida”* (Costa, Saboga-Nunes & Costa, 2016, pp 38).

Com o crescente destaque a nível internacional, também Portugal se preocupa em seguir esta busca de conhecimento por um maior entendimento deste conceito, como um caminho para a prestação de melhores cuidados de saúde e definição de políticas de saúde. Tendo tido a sua primeira utilização em 1974, apenas na década de 90 viu nascer as primeiras definições do conceito, por Simonds, num artigo intitulado *“Health education as social policy”* associado às questões da promoção da saúde e tem no decorrer dos anos vindo a assumir-se também como uma ferramenta para a construção de sistemas de saúde cada vez mais complexos, que tem vindo gradativamente a tornar-se mais complexo e robusto, sendo visto não só numa dimensão pessoal, mas também social de cada indivíduo, como a capacidade de tomada de decisões no dia-a-dia e responsabilidades acarretadas, no que à saúde concerne (Escoval, Amaral & Pedro, 2016).

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS), de uma forma muito abrangente, ditou a primeira definição do conceito de literacia para a saúde, seguida em 1999 pelo *Council of Scientific Affairs da American Medical Association*, definindo-o como a capacidade de leitura de rótulos e bulas de medicamentos, prescrições e outros para o sucesso da pessoa doente, foi seguindo seu curso até que em 2005, veio a ser definida por Kickbusch et al. (pp. 353), como *“a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades”* visão ainda grandemente utilizada em muitos trabalhos científicos e académicos (Escoval, Amaral, & Pedro, 2016).

Também Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016, pp 38) refere que a Literacia para a Saúde, constitui-se como um instrumento fundamental no âmbito da promoção da saúde,

entendida esta como *“o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde (estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientes gerais), no sentido de melhorá-la”*.

Segundo estes autores, a literacia para a saúde mobiliza o conhecimento das pessoas, a sua motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com o propósito de ser capaz de tomar decisões em termos de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, no sentido de manter ou melhorar a sua qualidade de vida, ao longo do tempo-

A Literacia para a Saúde, sendo um recurso com papel pertinente no aumento da resiliência e bem-estar individual, visto como a consequência do acesso da pessoa a informações de saúde, contribui para a adoção de estilos de vida promotores de saúde (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014). A busca desta informação sobre saúde e cuidados de saúde, pode ser entendida pela pessoa como o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão e assimilação da informação, influenciando a avaliação das atitudes a tomar em questões de saúde. Esta avaliação, determina-se pela capacidade de gestão e aplicação do conhecimento adquirido sobre a sua saúde, nas atitudes de vida diária, mediante o investimento que a pessoa faz, na estruturação das suas opções de vida mais ou menos benéficas à promoção da sua saúde (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014).

Uma inadequada literacia em saúde tem várias implicações na receção de cuidados, pois as pessoas, nomeadamente as pessoas idosas, necessitam de saber ler rótulos de medicamentos, receitas e registos médicos, entender instruções de autocuidado, entre outros, relacionando-se assim, baixa literacia em saúde, com pior estado de saúde geral. Estudos mostram que níveis mais baixos de literacia em saúde parecem ser maiores na população idosa, particularmente nas pessoas idosas com baixo status social, baixo nível educacional e baixos recursos financeiros e portadores de doenças crónicas, com limitações no desempenho das atividades de vida diárias (Serrão, Veiga & Vieira, 2014).

Segundo Serrão, Veiga & Vieira (2014), importa potenciar a literacia em saúde na população idosa, e nesta, junto dos grupos de maior vulnerabilidade. É necessária a cooperação entre políticos, profissionais, sociedade civil e setor privado, no sentido de promover a literacia em saúde e enfrentar os desafios com ela relacionados. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pela sua proximidade com as pessoas idosas, destacam-se neste processo de promoção de saúde, pois

*“além de apelarem a uma participação ativa dos sujeitos no desenvolvimento de atitudes saudáveis e na prevenção e/ou*

*resolução de problemas de saúde, podem e devem disponibilizar informações, pertinentes e claras, e um acompanhamento de maior proximidade de acordo com as características e necessidades singulares de cada idoso, potenciando a sua literacia em saúde e, consequentemente, a sua qualidade de vida” (Serrão, Veiga & Vieira, 2014, pp 37).*

Pelo seu importante papel enquanto ferramenta na manutenção ou melhoria das condições de saúde e elemento preditor de desigualdades em saúde, a literacia para a saúde, tem vindo a crescer enquanto objeto de estudo, tema de investigações e visibilidade, pois o seu impacto social é não só no projetar de um melhor estar de saúde das populações, como redução de custos com cuidados de saúde, menor utilização de serviços de saúde e maior conhecimentos em saúde (Escoval, Amaral & Pedro, 2016). Já Baker (2006 ), menciona que a melhoria dos resultados em saúde, enquanto fruto da aquisição de conhecimentos, atitudes positivas, maior autoeficácia, comportamentos de saúde mais positivos, relacionam-se com uma maior literacia para a saúde. Níveis inadequados de literacia para a saúde, tem implicações negativas e significativas, na saúde individual e coletiva, gastos em saúde e gestão de recursos (Escoval, Amaral & Pedro, 2016).



### **3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Segundo Fortin (2009, pp 53) *“No decurso da fase metodológica o investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”*, permitindo definir meios e recursos para a investigação, ou seja, a forma de conseguir respostas fiáveis e válidas para as questões de investigação propostas. Nesta fase é definido o objetivo de estudo, tipo de estudo, população, método de recolha e análise de dados.

#### **3.1. Objetivos do estudo**

Integrado no projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, inscrito no CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, no Domínio F \_Literacia Familiar, no âmbito da avaliação da literacia para a saúde das famílias institucionais, pretende-se, com este estudo, avaliar a literacia para a saúde das pessoas idosas institucionalizadas, em Instituições particulares de solidariedade social (IPSS), residentes na instituição e beneficiárias do regime de centro de dia.

#### **3.2. Tipo de estudo**

O estudo de investigação apresentado insere-se num paradigma quantitativo, pelo seu carácter sistemático de colheita de dados quantificáveis observados, objetivos e generalizáveis, com o propósito de contribuir para a consolidação de conhecimentos sobre a realidade a ser estudada (Freixo, 2011).-Trata-se assim de um estudo do tipo quantitativo descritivo e transversal, visando a exposição da informação recolhida junto de um determinado número de pessoas, que representa uma população específica, na vivência do fenómeno em estudo, recolhendo-se os dados num só momento de investigação (Fortin, 2009).

### **3.3. População**

A população a ser estudada, obedece aos critérios de inclusão, que determinam o conjunto de características que se deseja encontrar na população (Fortin, 2009). Assim, o estudo apresentado, foi desenvolvido em dois lares de idosos, correspondentes a Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), nas valências de residência para idosos e centro de dia, num concelho da zona norte de Portugal, num grupo de 70 pessoas idosas. Os critérios de inclusão definidos foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, estar inscrito na instituição e apresentar capacidades cognitivas para compreender e responder às questões colocadas. A população foi definida por escolha racional, pois sendo o estudo apresentado às instituições, foi a própria instituição quem elegeu os indivíduos capazes de incluir o estudo, através dos critérios explicitados. Tendo sido identificados 70 pessoas idosas numa fase inicial, por recusa de participação, a amostra final foi constituída então, por 62 pessoas idosas.

### **3.4. Instrumento de colheita de dados – HLS-EU-PT**

O instrumento de colheita de dados selecionado foi a versão portuguesa do *European Health Literacy Survey*, HLS-EU-PT de Saboga-Nunes, Sorensen, Cunha, Rodrigues & Paixão (2014) e da ProLiSa (Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde), pois de acordo com a revisão bibliográfica realizada, este instrumento é o que melhor se adequa às necessidades de investigação, na medida em que, refletindo o conceito de Literacia para a Saúde como uma construção em diversos domínios conceptuais e componentes práticas, permite a comparação de dados em diversos contextos culturais, entre outros (Marques, 2015).

A escolha deste instrumento, prende-se com vários outros fatores, nomeadamente, o facto de que a maioria dos instrumentos de avaliação da Literacia para a Saúde existentes não são capaz de abordar todos os aspetos da sua definição, focando-se apenas em parte ou partes do mesmo, ou ainda por não darem resposta à ligação do conceito de Literacia para a Saúde com causas e resultados em saúde (Jordan et al., 2011). O HLS-EU-PT é um instrumento

multidimensional, identificando fatores com impacto nos comportamentos de saúde, resultados destes e utilização de serviços de saúde. Este é um instrumento com um modelo conceptual único, dividido por uma matriz de 12 subdimensões, em 4 níveis de processamento da informação e conhecimento a saber, acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação, integrando-se em 3 dimensões principais: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Sørensen et al., 2013).

Este conceito, relaciona-se estreitamente, com a autogestão, consciencialização e empoderamento, a capacidade da tomada de decisão sobre a saúde. A operacionalização de um modelo de exploração da Literacia para a Saúde, deu o seu primeiro passo internacional em 2007, na cidade de Zurique, juntando peritos de diversos países, entre eles Portugal, no sentido de iniciar um estudo europeu de literacia para a saúde, operacionalizando-a, criando-se assim o primeiro modelo da HLS-EU. Em 2012, este modelo foi novamente melhorado, passando a integrar focos de perspetivas clínicas e de saúde pública. No trabalho de campo daí resultante, Portugal já não participou com os demais países. No entanto, desde 2013 que um grupo de peritos portugueses busca, baseado no conhecimento que progressivamente tem vindo a ser construído sobre esta temática, inserir novamente Portugal no conjunto de países investigadores da operacionalização da Literacia para a Saúde. Assim, surge o HLS-EU-PT, fruto da validação e adaptação cultural do instrumento HLS-EU (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014).

Este instrumento de colheita de dados, integra três domínios da saúde a saber, cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e ainda, quatro níveis de processamento da informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, estando numa segunda fase, dividido em 4 partes, saúde e utilização de serviços, hábitos e estilos de vida, nível de literacia funcional e variáveis sociodemográficas, que garantem o sentido de coerência do instrumento, permite avaliar o nível de literacia em saúde de cada indivíduo ou população (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014).

O HLS-EU é assim, constituído por 47 questões, avaliadas através de uma escala tipo Likert de 4 pontos, com as opções: 1-muito fácil, 2-fácil, 3-difícil, 4-muito difícil, 5-não sabe/não responde. Ao situar-se numa destas opções, o inquirido autoavalia-se perante a dificuldade sentida na realização de uma determinada tarefa relevante na área da saúde, ou seja, o instrumento avalia a perceção do indivíduo, refletindo a relação entre as competências de cada inquirido e a complexidade de cada situação que lhe é relatada (HLS-EU Consortium, 2012).

A totalidade do questionário, perfazendo um conjunto geral de 86 questões, integra não só os 47 itens de avaliação da Literacia para a Saúde, mas também a avaliação dos antecedentes

e consequências da Literacia para a Saúde, operacionalizado em 39 questões, que englobam, sentido de coerência (a, b, c), saúde e utilização de serviços (questões 2-6), comportamentos de saúde, hábitos e estilos de vida e participação ativa na comunidade (questões 7-16) e caracterização sociodemográfica (D1-D16). Para estas 39 questões, são utilizadas diversas formas de resposta, desde escalas tipo Likert, de diferencial semântico, escalas dicotómicas e ordinais, sendo as variáveis em estudo apresentadas através de escala de likert, que exprime pontos de vista sobre um tema, acerca do qual, o participante deve posicionar-se. Os temas abordados, normalmente reportam-se a atitudes ou traços psicológicos (Fortin, 2009). Importa ainda referir, que neste instrumento está incluído o *Newest Vital Sign* (NVS) como no estudo europeu, este é um instrumento de avaliação da Literacia em Saúde, desenvolvido em 2005 por Weiss et al., composto por 6 questões relacionadas com informação em saúde, através de um rótulo de gelado que se pretende ser interpretado, no qual cada resposta correta equivale a um ponto. Com um tempo de execução de 3 a 5 minutos podem entender-se os seus resultados da seguinte forma: entre 0 e 1 respostas corretas diz-se elevada possibilidade de Literacia em saúde limitada; 2 a 3 respostas corretas, possibilidade de Literacia em Saúde limitada; 4 a 6 respostas corretas, literacia em saúde adequada (Weiss et al., 2005).

O índice de Literacia para a Saúde, considerando a matriz operativa do instrumento é então, calculada numa escala métrica variável entre 0 e 50, sendo que 0 representa o valor mínimo possível em Literacia para a Saúde e 50 o melhor resultado possível, traduzindo-se na seguinte forma de categorização da Literacia para a Saúde:  $\leq 25$  pontos = inadequado;  $> 25 \leq 33$  pontos = problemático;  $> 33$  pontos  $\leq 42$  pontos = suficiente e  $> 42 - 50$  pontos = excelente.

Para o cálculo da Literacia para a Saúde, importa entender que respostas do tipo 5-não sabe/não responde, são de máxima importância no tratamento dos dados, pois, um limite superior a 80% de respostas deste tipo, leva a exclusão do questionário do tratamento de dados. Desta forma, é necessário que cada indivíduo responda a pelo menos 43 dos 47 itens, devendo responder aos itens relativos à dimensão cuidados de saúde (16), responder a 15; dimensão prevenção da doença (16), dar 14 respostas e promoção da saúde (15), 14 respostas. De outra forma, o questionário será eliminado (HLS-EU Consortium, 2012; Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues & Paixão, 2014; Pedro, Amaral & Escoval, 2016). A fiabilidade do instrumento de colheita de dados selecionado, HLS-EU-PT, foi medida através da determinação do coeficiente alpha de Cronbach, analisando-se assim, a sua consistência interna, quer do índice geral de Literacia para a Saúde, quer de cada um dos seus três domínios. Este coeficiente, podendo apresentar uma amplitude de resultados



compreendida entre 0 e 1, indica-nos a homogeneidade das respostas quer em cada dimensão, quer no global, sendo que quando mais elevado o resultado, maior é a correlação entre os enunciados dos itens, ou seja, maior é a consistência interna, maior a fiabilidade do instrumento (Martins, 2017). No que se refere ao HLS-EU-PT, de acordo com Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan (2014), os resultados para o coeficiente de alpha de Cronbach variaram entre 0.90 e 0.96, significando ter muito boa fiabilidade, tendo o resultado do alpha de Cronbach para a Literacia para a Saúde geral sido de 0.96. No caso de estudo realizado, o coeficiente alpha de Cronbach é de 0.90, para a literacia para a saúde geral, e variando entre 0.76 e 0.91, indo de encontro aos resultados apresentados.

### **3.5. Método de Recolha dos dados**

A colheita dos dados foi realizada através da aplicação do questionário por heteropreenchimento, tendo sido as questões lidas pelo investigador, que transcreveu as respostas dadas pelos inquiridos para o questionário.

### **3.6. Tratamento e análise dos dados**

Para o tratamento dos dados obtidos foi criada uma base de dados específica para o questionário utilizado no programa estatístico IBM® SPSS® Statistics” (versão 20), tendo sido incluída na base de dados da Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLisa), que para a população em estudo, efetuou o cálculo do nível de literacia para a saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequências absolutas, frequências relativas e estatística inferencial).

### 3.7. Considerações éticas

Ao ser desenvolvido um estudo de investigação, deve com o maior zelo atender-se às considerações éticas, pois ao investigador, deve exigir-se uma conduta ética em todo o tempo da investigação, alicerçada sempre nos princípios do respeito pela dignidade humana, da justiça e da beneficência (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Ao investigador cabe assim, o cuidado de procurar em todo o tempo, responder às questões éticas que possam surgir, de modo a não causar dano a qualquer interveniente, pois considerando a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Comissão Nacional da Unesco (CNU) (2005, pp. 6), os princípios nela apresentados *devem ser respeitados por aqueles a que ela se dirige, nas decisões que tomem ou nas práticas que adoptem*.

Como direito intrínseco a cada indivíduo, a dignidade da pessoa humana foi sempre respeitada, sendo que em cada conversa foi elevada como algo maior e não dependente das características externas, classe social ou cargo profissional, género, raça ou etnia e idade (CNU, 2005).

O artigo sexto da mesma declaração, elucida sobre o direito de cada participante ao consentimento livre e esclarecido, devidamente fundamentado:

*Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.*

(CNU, pp 7, 2005)

A todos os participantes, foi assegurada a confidencialidade e o anonimato, tendo sido obtido consentimento livre e esclarecido, depois de ser dada toda a informação sobre o estudo e questionário, de forma compreensível e acessível a cada participante, sendo exposto o objetivo do estudo e carácter voluntário da sua participação, bem como garantia de acesso aos resultados caso assim pretendido.

A colheita de dados foi realizada no contexto da instituição, no ambiente habitual da pessoa idosa, após recolha do consentimento informado de cada participante. Cada questionário

apresentou um tempo de preenchimento de aproximadamente 1,5h, tendo a recolha sido realizada entre os meses de maio e julho.

Às instituições, foi enviada proposta de participação no estudo e pedido de autorização para a colheita de dados, sendo salvaguardado a não intromissão no normal funcionamento de todas as atividades levadas a cabo na instituição ou perturbação do local de trabalho de qualquer colaborador da mesma (Anexo 1). Tendo sido este aprovado pela direção das instituições em causa, foi então procedida a aplicação do instrumento. Foi ainda obtido por parte da comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autorização para realização do estudo.

Foi ainda, salvaguardado o facto de a participação ser voluntária e gratuita, quer para a instituição, quer para os participantes.



## 4. RESULTADOS

Da análise dos dados, resultaram as tabelas abaixo expostas, apresentando-se todos os resultados referentes às variáveis estudadas, sentido de coerência, saúde e utilização de serviços, hábitos e estilos de vida, literacia funcional e a caracterização sociodemográfica da amostra.

**Tabela nº 1: Dados sociodemográficos**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Género	<b>Feminino</b>	<b>47</b>	<b>74,6</b>
	Masculino	16	25,4
Idade	65-70 anos	1	1,6
	71-75 anos	4	6,3
	76-80 anos	16	25,4
	81-85 anos	15	23,8
	<b>86-90 anos</b>	<b>22</b>	<b>34,9</b>
	➤ 91 anos	5	7,9
Altura	140-150 cm	4	6,3
	151-160 cm	12	19
	<b>161-170 cm</b>	<b>13</b>	<b>20,6</b>
	171-180 cm	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>33</b>	<b>52,4</b>
Peso	41-50 Kg	3	4,8
	51-60 Kg	6	9,5
	<b>61-70 Kg</b>	<b>14</b>	<b>22,2</b>
	71-80 Kg	11	17,5
	81-90 Kg	2	3,2
	➤ 91 Kg	3	4,8
	<b>Não sabe</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>
IMC	Peso normal	8	12,7
	<b>Sobrepeso</b>	<b>13</b>	<b>20,6</b>
	Obesidade grau 1	5	7,9
	Obesidade grau 2	1	1,6
	Obesidade grau 3	1	1,6
Origem dos pais	<b>Os seus pais (mãe e pai) nasceram em Portugal</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

A população, é na sua maioria do sexo feminino, 74,6% (n=47), com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo que 34,9% (n=22) dos inquiridos está incluído na faixa etária que vai dos 86 aos 90 anos, todos filhos de pais portugueses, não sendo capazes, na sua maioria, de referir o seu peso corporal (38,1%, n=24) ou altura (52,4%, n=33), sendo que 20,6% (n=13) apresenta índice de massa corporal com resultados de sobrepeso, ou seja, compreendidos entre 25 e 29,9 Kg/cm<sup>2</sup>.

**Tabela nº 2: Dados sociodemográficos**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Estado civil	Solteiro/a	8	12,7
	Casado/a	11	17,5
	Separado/a	1	1,6
	<b>Viúvo</b>	<b>43</b>	<b>68,3</b>
Situação de vida atual	A viver só	7	11,1
	Vive junto	1	1,6
	<b>Vive em instituição</b>	<b>38</b>	<b>60,3</b>
	Vive em casa de familiares	8	12,7
	Vida conjugal em instituição	9	14,3
Tem filhos	<b>Sim, com mais de 15 anos</b>	<b>50</b>	<b>79,4</b>
	Não, não tenho filhos	13	20,6
Nível de graduação académica	Nível 0 (pré-escolar)	13	20,6
	<b>Nível 1 (1º ou 2º ciclo básico)</b>	<b>40</b>	<b>63,5</b>
	Nível 2 (3º ciclo básico)	8	12,7
	Nível 3 (Ensino Secundário)	2	3,2
Situação de trabalho	<b>Na reforma</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Formação na área da saúde	Sim	3	4,8
	<b>Não</b>	<b>59</b>	<b>93,7</b>
	Não sabe	1	1,6
Consegue comprar os seus medicamentos	Muito fácil	8	12,7
	Fácil	6	9,5
	Muito difícil	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>48</b>	<b>76,2</b>
Tem facilidade em aceder ao seu médico assistente	Muito fácil	7	11,1
	Fácil	7	11,1
	Muito difícil	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>48</b>	<b>76,2</b>

Maioritariamente viúvos, 68,3% (n=43), todos reformados, a viver em contexto institucional, 60,3% (n=38), 79,4% (n=50) dos participantes tem filhos, 63,5% (n=40) concluiu o 1º ou 2º ciclos do ensino básico, e apenas 3 dos inquiridos, 4,8% tem formação em áreas da saúde. No que se refere ao acesso ao médico assistente ou medicamentos, em 48% dos casos (n=48) a compra de medicação ou marcação de consultas está a cargo da instituição ou familiares.

**Tabela nº 3: Dados sociodemográficos**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Durante os últimos 12 meses, teve dificuldades em pagar as contas ao final do mês	A maior parte das vezes	3	4,8
	<b>De vez em quando</b>	<b>19</b>	<b>30,2</b>
	<b>Quase nunca</b>	<b>19</b>	<b>30,2</b>
	Nunca	12	19
	Não sabe	10	15,9
Em que nível da sociedade se coloca	Nível mais baixo da sociedade	4	6,3
	<b>Níveis baixos da sociedade</b>	<b>39</b>	<b>61,9</b>
	Nível médio da sociedade	11	17,4
	Nível alto da sociedade	1	1,6
	Não sabe	8	12,7
Rendimento líquido do agregado familiar por mês	Menos de 500 euros	14	22,2
	<b>Entre 500 e 800 euros</b>	<b>17</b>	<b>27</b>
	<b>Entre 800 e 1350 euros</b>	<b>17</b>	<b>27</b>
	Entre 1350 e 1850 euros	6	9,5
	Não sabe	9	14,3

No que se refere às dificuldades apresentadas pelos inquiridos em pagar as despesas que tem por mês, 30,2% (n=19) refere ter por vezes, dificuldades e o mesmo número de participantes refere quase nunca sentir essa dificuldade. Na sua maioria, a população estudada, coloca-se nos níveis sociais mais baixos, 61,9% (n=39), auferindo de um rendimento líquido entre os 500€ e 1350€ 54% (34).

**Tabela nº 4: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	Fácil	4	6,3
	Difícil	8	12,7
	Muito difícil	7	11,1
	<b>Não sabe</b>	<b>44</b>	<b>69,8</b>
Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	Fácil	4	6,3
	Difícil	7	11,1
	Muito difícil	8	12,7
	<b>Não sabe</b>	<b>44</b>	<b>69,8</b>
Descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?	Fácil	10	15,9
	Difícil	18	28,6
	Muito difícil	6	9,5
	<b>Não sabe</b>	<b>29</b>	<b>46</b>
Descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>25</b>	<b>39,7</b>
	Difícil	13	20,6
	Muito difícil	7	11,1
	Não sabe	17	27
Compreender o que o seu médico lhe diz?	Muito fácil	3	4,8
	<b>Fácil</b>	<b>42</b>	<b>66,7</b>
	Difícil	15	23,8
	Muito difícil	1	1,6
	Não sabe	2	3,2
Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?	Fácil	9	14,3
	Difícil	5	7,9
	Muito difícil	5	7,9
	<b>Não sabe</b>	<b>44</b>	<b>69,8</b>

Da população estudada, a maioria não sabe encontrar informações sobre sintomas de doenças e tratamentos que lhe digam respeito, compreender a bula que acompanha os medicamentos, 69,8% (n=44) nem sabem descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica 46,0 (29). Consideram, no entanto, fácil, 39,7% (n=25) descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente 39,7% (25) e compreender o que o médico lhes diz, 66,7% (n=42).



**Tabela nº 5: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Compreender o que fazer numa emergência médica	Muito fácil	1	1,6
	Fácil	17	27
	Difícil	12	19
	Muito difícil	5	7,9
	<b>Não sabe</b>	<b>28</b>	<b>44,4</b>
Compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo como tomar um medicamento que lhe foi prescrito	Muito fácil	2	3,2
	<b>Fácil</b>	<b>31</b>	<b>49,2</b>
	Difícil	11	17,5
	Muito difícil	9	14,3
	Não sabe	10	15,9
Avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso	Muito fácil	2	3,2
	<b>Fácil</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>
	Difícil	18	28,6
	Muito difícil	15	23,8
	Não sabe	4	6,3
Avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento	Muito fácil	2	3,2
	Fácil	15	23,8
	<b>Difícil</b>	<b>20</b>	<b>31,7</b>
	Muito difícil	16	25,4
	Não sabe	10	15,9
Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico	Muito fácil	3	4,8
	<b>Fácil</b>	<b>33</b>	<b>52,4</b>
	Difícil	13	20,6
	Muito difícil	8	12,7
	Não sabe	6	9,5

Dos participantes, 44,4% (n=28) não sabem compreender o que fazer numa emergência médica. e Contudo, consideram fácil compreender instruções do médico ou farmacêutico sobre a toma de medicação, 49,2% (n=31), avaliar a aplicabilidade da informação médica no seu caso específico 38,1% (n=24) e perceber quando necessita de uma segunda opinião 52,4% (33). Questionados sobre a avaliação das vantagens e desvantagens de opções de tratamentos, 31,7% (n=20) consideram ser difícil.

**Tabela nº 6: Literacia para a Saúde: domínio dos cuidados de saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação é de confiança	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>19</b>	<b>30,2</b>
	Difícil	10	15,9
	Muito difícil	15	23,8
	Não sabe	18	28,6
Usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença	Muito fácil	8	12,7
	<b>Fácil</b>	<b>20</b>	<b>31,7</b>
	Difícil	19	30,2
	Muito difícil	11	17,5
	Não sabe	5	7,9
Seguir/cumprir as instruções sobre medicação	Muito fácil	9	14,3
	<b>Fácil</b>	<b>23</b>	<b>36,5</b>
	Difícil	12	19
	Muito difícil	7	11,1
	Não sabe	12	19
Chamar uma ambulância numa emergência	Muito fácil	11	17,5
	Fácil	20	31,7
	Difícil	4	6,3
	<b>Não sabe</b>	<b>28</b>	<b>44,4</b>
Seguir/Cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico	Muito fácil	8	12,7
	<b>Fácil</b>	<b>23</b>	<b>36,5</b>
	Difícil	11	17,5
	Muito difícil	6	9,5
	Não sabe	15	23,8

Das pessoas idosas inquiridas, 44,4% (n=28) não é capaz de chamar uma ambulância, sendo que não sabem o número de emergência médica. De todos os inquiridos, 49,2% (n=31) reconhece o número de emergência médica, mas destes, apenas 17,5% (n=11) é capaz de realizar a chamada utilizando telefone ou telemóvel. Na sua maioria, consideram fácil avaliar o nível de confiança das informações prestadas por meios de comunicação (30,2%, n=19), tomar decisões sobre a doença utilizando informações do médico (31,7%, n=20) e seguir e cumprir instruções sobre medicamentos ou instruções do médico e farmacêutico (36,5%, n=23).

**Tabela nº 7: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde	Fácil	4	6,3
	Difícil	6	9,5
	Muito difícil	7	11,1
	<b>Não sabe</b>	<b>46</b>	<b>73</b>
Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental	Fácil	5	7,9
	Difícil	4	6,3
	Muito difícil	7	11,1
	<b>Não sabe</b>	<b>47</b>	<b>74,6</b>
Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer	Fácil	6	9,5
	Difícil	4	6,3
	Muito difícil	5	7,9
	<b>Não sabe</b>	<b>48</b>	<b>76,2</b>
Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, como excesso de peso, tensão arterial ou colesterol alto	Fácil	6	9,5
	Difícil	5	7,9
	Muito difícil	7	11,1
	<b>Não sabe</b>	<b>45</b>	<b>71,4</b>
Compreender avisos relativos à saúde e comportamentos como fumar...	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>40</b>	<b>63,5</b>
	Difícil	14	22,2
	Muito difícil	3	4,8
	<b>Não sabe</b>	<b>5</b>	<b>7,9</b>
Compreender porque precisa de vacinas	Fácil	15	23,8
	Difícil	11	17,5
	Muito difícil	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>35</b>	<b>55,6</b>
Compreender porque precisa de exames de saúde	<b>Fácil</b>	<b>31</b>	<b>49,2</b>
	Difícil	8	12,7
	Muito difícil	10	15,9
	<b>Não sabe</b>	<b>14</b>	<b>22,2</b>

Relativamente às variáveis apresentadas na tabela 7, conclui-se que na sua maioria, os inquiridos não sabem compreender a necessidade de vacinas (55,6%, n=35), nem encontrar as informações acerca das mesmas e dos exames de saúde respetivamente (55,6%, n=35 e 76,6%, n=48). Também não sabem identificar as informações para lidar com os comportamentos que afetam a saúde 73,0% (46) assim como as informações necessárias à forma como lidar com problemas mentais 74,6% (47). Consideram, porém, fácil compreender a necessidade de realizar exames de saúde (49,2%, n=31) e compreender avisos sobre saúde e comportamentos de saúde (63,5%, n=40).

**Tabela nº 8: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>31</b>	<b>49,2</b>
	Difícil	13	20,6
	Muito difícil	10	15,9
	Não sabe	8	12,7
Avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>44</b>	<b>69,8</b>
	Difícil	12	19
	Muito difícil	3	4,8
	Não sabe	3	4,8
Avaliar quais são as vacinas de que pode precisar	Muito fácil	3	4,8
	Fácil	12	19
	Difícil	6	9,5
	Muito difícil	5	7,9
	<b>Não sabe</b>	<b>37</b>	<b>58,7</b>
Avaliar que exames de saúde precisa fazer	Muito fácil	2	3,2
	<b>Fácil</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>
	Difícil	19	30,2
	Muito difícil	6	9,5
	Não sabe	12	19
Avaliar se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança	Muito fácil	1	1,6
	Fácil	15	23,8
	Difícil	14	22,2
	<b>Muito difícil</b>	<b>21</b>	<b>33,3</b>
	Não sabe	12	19

Analisando as variáveis descritas na tabela constatamos que 49,2% (31) dos participantes considera fácil avaliar a segurança das advertências que envolvem a saúde, assim como identificar o momento em que necessita de ir ao médico fazer um exame geral 69,8% (44) e avaliar que exames de saúde precisa de fazer 38,1% (24). Entendem como muito difícil avaliar a confiança da informação sobre riscos de saúde transmitida em meios de comunicação, 33,3% (n=21) e não sabem avaliar quais as vacinas que podem precisar, 58,7% (n=37).

**Tabela nº 9: Literacia para a Saúde: domínio da prevenção da doença**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Decidir se deve fazer a vacina contra a gripe	<b>Muito fácil</b>	<b>29</b>	<b>46</b>
	Fácil	26	41,3
	Difícil	3	4,8
	Não sabe	5	7,9
Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>35</b>	<b>55,6</b>
	Difícil	22	34,9
	Muito difícil	4	6,3
	Não sabe	1	1,6
Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação	Fácil	12	19
	Difícil	16	25,4
	<b>Muito difícil</b>	<b>21</b>	<b>33,3</b>
	Não sabe	14	22,2

Confrontados sobre a tomada de decisão face à toma da vacina da gripe, 46% (n=29), considera muito fácil decidir. Entendem como fácil decidir como se podem proteger de doenças baseando-se em conselhos de familiares e amigos 55,6% (n=35), porém, perante informações acerca do mesmo tema, mas proveniente dos meios de comunicação 33,3% (n=21) considera muito difícil.

**Tabela nº 10: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Encontrar informações sobre atividades saudáveis	Muito fácil	1	1,6
	Fácil	5	7,9
	Difícil	8	12,7
	Muito difícil	4	6,3
	<b>Não sabe</b>	<b>45</b>	<b>71,4</b>
Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental	Fácil	4	6,3
	Difícil	9	14,3
	Muito difícil	5	7,9
	<b>Não sabe</b>	<b>45</b>	<b>71,4</b>

Da população estudada, 71,4% (n=45), não sabe encontrar informações sobre atividades saudáveis ou procurar saber mais sobre estas.

**Tabela nº 11: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da Saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde	Fácil	1	1,6
	Difícil	3	4,8
	Muito difícil	4	6,3
	<b>Não sabe</b>	<b>55</b>	<b>87,3</b>
Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde	Fácil	1	1,6
	Difícil	3	4,8
	Muito difícil	3	4,8
	<b>Não sabe</b>	<b>56</b>	<b>88,9</b>
Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha	Fácil	1	1,6
	Difícil	3	4,8
	Muito difícil	3	4,8
	<b>Não sabe</b>	<b>56</b>	<b>88,9</b>
Compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos	Muito fácil	2	3,2
	<b>Fácil</b>	<b>43</b>	<b>68,3</b>
	Difícil	14	22,2
	Muito difícil	3	4,8
	Não sabe	1	1,6
Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos	Fácil	3	4,8
	Difícil	2	3,2
	Muito difícil	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>57</b>	<b>90,5</b>

Da tabela acima apresentada, pode concluir-se que 90,5% (n=57) dos inquiridos, não é capaz de compreender a informação contida nas embalagens dos alimentos, contudo, consideram fácil compreender conselhos sobre saúde por parte de familiares e amigos, 68,3% (n=43)., Consideram não saber encontrar informações que contribuam para tornar o seu bairro mais saudável (87,3%, n=55), procurar saber mais sobre mudanças políticas com impacto na sua saúde (88,9%, n=56) e saber mais sobre esforços para promover a saúde no local de trabalho (88,9%, n=56).

**Tabela nº 12: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>17</b>	<b>27</b>
	Difícil	15	23,8
	Muito difícil	13	20,6
	<b>Não sabe</b>	<b>17</b>	<b>27</b>
Compreender a informação que visa manter a sua mente saudável	Muito fácil	1	1,6
	<b>Fácil</b>	<b>23</b>	<b>36,5</b>
	Difícil	15	23,8
	Muito difícil	11	17,5
	Não sabe	13	20,6
Avaliar até que ponto a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar	Muito fácil	17	27
	Fácil	16	25,4
	Difícil	2	3,2
	Muito difícil	3	4,8
	<b>Não sabe</b>	<b>25</b>	<b>39,7</b>
Avaliar o modo como as suas condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável	Muito fácil	20	31,7
	Fácil	17	27
	Difícil	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>25</b>	<b>39,7</b>
Avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde	Muito fácil	7	11,1
	<b>Fácil</b>	<b>32</b>	<b>50,8</b>
	Difícil	14	22,2
	Muito difícil	1	1,6
	Não sabe	9	14,3

Da população estudada 39,7% (n=25) não sabe avaliar como a zona em que vive afeta a sua saúde ou o modo como as condições da habitação ajudam a manter-se saudável. Relativamente a avaliar os comportamentos do dia-a-dia que se relacionam com a saúde (50,8%, n=32), compreender a informação que visa manter a mente saudável (36,5%, n=23) e compreender a informação dos meios de comunicação para se tornar mais saudável (27%, n=17), consideram fácil.

**Tabela nº 13: Literacia para a Saúde: domínio da promoção da saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Tomar decisões para melhorar a sua saúde	Muito fácil	6	9,5
	<b>Fácil</b>	<b>28</b>	<b>44,4</b>
	Difícil	17	27
	Muito difícil	8	12,7
	Não sabe	4	6,3
Integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar	<b>Muito fácil</b>	<b>28</b>	<b>44,4</b>
	Fácil	14	22,2
	Difícil	1	1,6
	Muito difícil	2	3,2
	Não sabe	18	28,6
Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar	<b>Muito fácil</b>	<b>21</b>	<b>33,3</b>
	Fácil	15	23,8
	Difícil	4	6,3
	Muito difícil	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>21</b>	<b>33,3</b>
Tomar parte nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade	Muito fácil	23	36,5
	Fácil	13	20,6
	Difícil	1	1,6
	Muito difícil	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>

Como fácil ou muito fácil, entende a maioria dos inquiridos, ser tomar decisões para melhorar a sua saúde e integrar um clube desportivo ou aula de ginástica, (44,4%, n=28) respetivamente e ainda, influenciar as condições da vida que afetam a saúde e o bem-estar (33,3%, n=21). No entanto, no que se refere a tomar parte em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na comunidade, 38,1% (n=24), não sabe de que forma o fazer.



**Tabela nº 14: Sentido de Coerência**

		Frequência (n=62)	Porcentagem (%)
Sente-se confiante na vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	Muito frequentemente	12	19
	<b>Muitas vezes</b>	<b>22</b>	<b>34,9</b>
	Regularmente	14	22,2
	Frequentemente	4	6,3
	Poucas vezes	5	7,9
	Raramente	4	6,3
	Muito raramente ou nunca	2	3,2
Sente-se confiante na vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	Muito frequentemente	12	19
	<b>Muitas vezes</b>	<b>16</b>	<b>25,4</b>
	<b>Regularmente</b>	<b>16</b>	<b>25,4</b>
	Frequentemente	11	17,5
	Poucas vezes	2	3,2
	Raramente	5	7,9
	Muito raramente ou nunca	1	1,6
Sente-se confiante na vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	Muito frequentemente	12	19
	<b>Muitas vezes</b>	<b>20</b>	<b>31,7</b>
	Regularmente	12	19
	Frequentemente	7	11,1
	Poucas vezes	7	11,1
	Raramente	3	4,8
	Muito raramente ou nunca	2	3,2

De acordo com a análise dos dados, na sua maioria, as pessoas idosas inquiridas, sentem-se confiantes na vida, considerando que tem ao seu alcance o que necessitam para lidar com os acontecimentos da vida (25,4% n=16) e conseguindo fazê-lo com empenho e interesse (31,7% n=20), e assim, entendem que estes mesmos acontecimentos se explicam bem e eram de algum modo previsíveis (34,9% n=22).

**Tabela nº 15: Saúde e utilização de serviços**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Como está a sua saúde em geral	Boa	6	9,5
	<b>Razoável</b>	<b>36</b>	<b>57,1</b>
	Má	18	28,6
	Muito má	3	4,8
Tem alguma doença de longa duração ou problema de saúde?	Sim, uma	4	6,3
	<b>Sim, mais de uma</b>	<b>54</b>	<b>85,7</b>
Nos últimos 6 meses, os seus problemas de saúde limitaram as atividades que habitualmente desenvolve	Não sabe	5	7,9
	Não limitaram	4	6,3
	<b>Limitaram, mas não severamente</b>	<b>40</b>	<b>63,5</b>
	Limitaram severamente	18	28,6
Que tipo de sistema/seguro de saúde tem	Não sabe	1	1,6
	<b>Serviço Nacional de Saúde</b>	<b>56</b>	<b>88,9</b>
Quantas vezes teve de recorrer a um serviço de urgência nos últimos 2 anos	Público e privado	7	11,1
	<b>0 vezes</b>	<b>41</b>	<b>65,1</b>
	1-2 vezes	22	34,9
Quantas vezes foi ao médico nos último 12 meses	0 vezes	7	11,1
	<b>1-2 vezes</b>	<b>46</b>	<b>73</b>
	3-5 vezes	9	14,3
	6 vezes ou mais	1	1,6
Quantas vezes utilizou um serviço hospitalar nos últimos 12 meses	0 vezes	24	38,1
	<b>1-2 vezes</b>	<b>35</b>	<b>55,6</b>
	3-5 vezes	4	6,3
Quantas vezes usou os serviços de outros profissionais de saúde, nos últimos 12 meses	0 vezes	21	33,3
	<b>1-2 vezes</b>	<b>36</b>	<b>57,1</b>
	3-5 vezes	4	6,3
	6 vezes ou mais	2	3,2

Da população estudada 57,1%, (n=36) classificam a sua saúde como razoável e apenas 4,8% (n=3) a pontuam como muito má. A maioria dos participantes 85,7% (n=54) refere ter mais de uma doença de longa duração, sendo as mais frequentemente referidas, a hipertensão arterial, insuficiências cardíacas, artroses e diabetes tipo mellitus ltipo 2. Na sua grande maioria, as pessoas idosas, quando necessitam de recorrer a serviços de saúde o fá-lo através do serviço nacional de saúde, 88,9% (n=56), sendo que 65,1% (n=41) não necessitou recorrer a um serviço de urgência nos últimos dois anos, no entanto, 73% (n=46) foram ao médico 1-2 vezes nos últimos 12 meses, em consultas previamente marcadas. Questionados sobre a procura de outros profissionais, como dentistas, a maioria diz ter ido 1.2 vezes no último ano 57,1% (n=36).

**Tabela nº 16: Hábitos e estilos de vida**

		<b>Frequência (n=62)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Quanto a fumar, qual das seguintes condições se aplica a si	<b>Nunca fumou</b>	<b>54</b>	<b>85,7</b>
	Costumava fumar, mas parou	7	11,1
	Fuma atualmente	2	3,2
Usa cigarros enrolados	<b>Nunca</b>	<b>61</b>	<b>96,8</b>
	Ocasionalmente	1	1,6
	Todos os dias	1	1,6
Usa cigarros manufaturados	<b>Nunca</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Durante os últimos 12 meses, bebeu alguma bebida alcoólica	<b>Não</b>	<b>33</b>	<b>52,4</b>
	Sim	30	47,6
Quantas vezes, tomou 5 ou mais bebidas numa ocasião	<b>Nunca</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Bebeu alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias	<b>Não</b>	<b>39</b>	<b>61,9</b>
	Sim	24	38,1

Relativamente aos hábitos e estilos de vida, 85,7% (n=54) nunca fumou e dos atuais consumidores, apenas 1,6% (n=1) o faz todos os dias com cigarros do tipo enrolados. Ao longo dos últimos 12 meses 52,4% (n=33), não bebeu qualquer bebida alcoólica e somente 38,1% (n=24) beberam alguma bebida nos últimos 30 dias.

**Tabela nº 17: Hábitos e estilos de vida**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu bebidas alcoólicas	Uma vez	1	1,6
	Uma vez por semana	2	3,2
	2-3 vezes por semana	4	6,3
	4-5 vezes por semana	1	1,6
	<b>Diariamente</b>	<b>23</b>	<b>36,5</b>
	Não responde	32	50,8
Num dia em que bebe, quantas bebidas costuma beber	<b>Menos de uma bebida</b>	<b>24</b>	<b>38,1</b>
	1-2 bebidas	6	9,5
	3-4 bebidas	1	1,6
	Depende da altura	1	1,6
	Não responde	31	49,2
Quantas vezes, no último mês, praticou atividade física durante 30 ou mais minutos	Quase todos os dias	2	3,2
	<b>Algumas vezes por semana</b>	<b>20</b>	<b>31,7</b>
	Algumas vezes este mês	8	12,7
	Não tenho sido capaz	5	7,9
	<b>Nunca</b>	<b>28</b>	<b>44,4</b>
Tem alguém da família para o acompanhar a consultas médicas	<b>Sim</b>	<b>41</b>	<b>65,1</b>
	Não	22	34,9
Está envolvido ativamente na sua comunidade	Algumas vezes por semana	1	1,6
	Algumas vezes por mês	6	9,5
	Algumas vezes por ano	9	14,3
	<b>De modo nenhum</b>	<b>46</b>	<b>73</b>
	Não sabe	1	1,6

Ainda referente aos hábitos e estilos de vida, nomeadamente ao consumo de bebidas alcoólicas, 36,5% (n=23) refere beber diariamente, mas menos de uma bebida 38,1% (n=24), considerando-se uma bebida equivalente a 33cc. Quanto à prática de atividade física, 31,7% (n=20) refere fazê-lo algumas vezes por semana, e apenas 7,9% (n=5) diz não ter sido capaz, no último mês. Destaca-se, no entanto, que 44,4% (n=28) não pratica qualquer tipo de atividade física, durante 30 ou mais minutos. Do mesmo modo, 71% (n=46) não está de modo nenhum envolvido ativamente na sua comunidade e apenas 1,6% (n=1) o faz semanalmente. No que se refere ao acompanhamento a serviços de saúde, 65,1% (n=41) é acompanhado por familiares e 34,9% (n=22) não tem ninguém da família para o acompanhar a consultas médicas, ficando este tópico ao cargo da instituição na qual residem.

**Tabela nº 18: Dados da literacia funcional (NVS - Newest Vital Sign)**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)
Quantas calorias vai ingerir, se comer todo o gelado contido na embalagem	1000 kcal	1	1,6
	<b>Não sabe</b>	<b>61</b>	<b>98,4</b>
Se for aconselhado a comer no máximo 60g de hidratos como sobremesa, qual é a quantidade máxima de gelado que pode consumir	Duas porções	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>60</b>	<b>96,8</b>
Geralmente consome 42g de gordura saturada por dia. Se parar de comer gelado	<b>Não sabe</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Qual a % do seu consumo diário de calorias que consome numa porção de gelado	<b>Não sabe</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
É seguro para si comer gelado Alergias: penicilina, amendoim...	Não	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>60</b>	<b>96,8</b>
Porque não é seguro comê-lo	Porque contém amendoim	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>60</b>	<b>96,8</b>
Porque existe a possibilidade de haver uma reação alérgica	Porque contém amendoim	2	3,2
	<b>Não sabe</b>	<b>60</b>	<b>96,8</b>

Confrontados com um exercício prático, em que se pede a leitura de um rótulo de uma embalagem de gelado, apenas 3,2% (n=2) das pessoas idosas são capazes de responder a algumas das questões apresentadas e em alguns casos temos apenas 1,6% (n=1) a conseguir responder. O que indica que 96,8%-98,4% (n=60-61) não é capaz de realizar a leitura do rótulo pretendida. Nenhum dos participantes sabe a relação entre o consumo de gordura saturada por dia e a ingestão de gelado.

**Tabela nº 19: índice de Literacia para a Saúde**

		Frequência (n=62)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)
Literacia para a saúde Geral	Inadequada	3	4,8	37,8
	<b>Problemática</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>50,0</b>
	Suficiente	1	1,6	12,5
Cuidados de saúde	Inadequado	5	7,9	33,3
	<b>Problemático</b>	<b>6</b>	<b>9,5</b>	<b>40,0</b>
	Suficiente	4	6,3	26,7
Prevenção da doença	<b>Inadequado</b>	<b>6</b>	<b>9,5</b>	<b>46,2</b>
	Problemático	5	7,9	38,5
	Suficiente	2	3,2	15,4
Promoção da Saúde	Inadequado	2	3,2	28,6
	<b>Problemático</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>57,1</b>
	Suficiente	1	1,6	14,3

A população estudada, apresenta níveis muito baixos de literacia para a saúde, quer na sua avaliação geral, quer na avaliação de cada um dos domínios que a compõe. Devido ao grande número de respostas “5 – não sabe/não responde”, pelo facto de os inquiridos não serem capazes de responder, por não saberem como classificar em grau de dificuldade o item lido ou não saberem mesmo interpretá-lo, apesar do número de pessoas idosas inquiridas, na análise da Literacia para a Saúde, o número de questões válidas foi largamente reduzido, como se pode verificar na tabela acima. Resultando assim, nas percentagens apresentadas e podendo por isso, o nível de literacia para a saúde da amostra ser classificado de problemático, pois este, se representa em 50% da mesma.

## 5. DISCUSSÃO

A promoção da literacia para a saúde é atualmente uma prioridade nacional, com estratégias definidas quer no plano nacional de saúde, quer no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde (2019), que explica a importância do papel dos profissionais de saúde e do sistema nacional de saúde, nas competências que o cidadão e a comunidade podem ter, para a promoção do seu nível de literacia para a saúde.

De acordo com os resultados obtidos a maioria das pessoas idosas só completou no máximo o 2º ciclo do ensino básico, embora se tenham identificado 20,6% de analfabetos. Estes resultados, no que se refere ao analfabetismo, apresentam valores inferiores aos encontrados a nível nacional, de acordo com dados de 2011, que indicavam ser de 39,3% a percentagem de pessoas com 15 ou mais anos sem ter completado qualquer nível de ensino, considerando a percentagem proporcional das pessoas com 65 ou mais anos (32,3), 35-64 anos (5,3%) e 15-34 anos (1,7%), concluindo que Portugal, apresenta ainda, altas taxas de analfabetismo e baixa escolaridade (Espanha et al, 2016).

Considerando os resultados encontrados, relativamente ao rendimento líquido do agregado familiar, concluímos que na sua maioria, a população estudada, auferia mensalmente, valores entre os 800 e os 1350 euros, uma média ligeiramente inferior aos resultados do Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011 (2012), que posicionava o rendimento líquido médio por agregado familiar mensal em 1984 euros.

O estudo realizado, conclui que a população considera muito difícil, perante os itens do HLS-EU apresentados, situações que se relacionam com o encontrar informações sobre doenças, sintomas, tratamentos, bem como o avaliar essas informações, quer venham por parte de médicos ou meios de comunicação social. Estes resultados estão em consonância com os resultados do Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (2009), que realçam o facto de a população adulta apresentar níveis mais reduzidos de literacia para a saúde no que se refere a entender instruções médicas e aceder a informação relevante para a sua saúde.

Considerando os resultados encontrados, verificamos ainda, que os inquiridos consideram difícil, saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde (9,6%) e sobre atividades que são boas para o bem-estar mental (14,3%), bem como avaliar se as

informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança (33,3%). Estes resultados estão em consonância com os de Araújo, et al. (2018), em que a população inquirida também considera estes itens muito difíceis.

A população estudada considera, no entanto, fácil e muito fácil, compreender o que o médico diz (66,7%), avaliar quando precisa de um check-up médico (69,8%), avaliar comportamentos do dia-a-dia que se relacionam com a saúde (50,8%), decidir como se proteger de doenças com base nos conselhos da família e amigos (55,6%) e integrar um clube desportivo se desejar (44,4%), resultados que corroboram os de Araújo, et al., (2018), para os mesmos itens do HLS-EU. Assim, a população idosa inquirida, considera fácil seguir conselhos da família, mas considera difícil, avaliar a confiança dos conselhos sobre saúde difundidos pelos meios de comunicação social. Consideram ainda fácil entender o que o médico diz, mas consideram difícil, avaliar informações sobre tratamentos e situações de saúde, como seguir instruções sobre medicação, vindas da parte dos médicos.

Atentando para a utilização de serviços de saúde, a população estudada, na sua maioria (73%), vai ao médico 1-2 vezes por ano, em consonância com dados do Instituto Nacional de Estatística (2015), cerca de 75% da população com 15 ou mais anos, consulta um médico de medicina geral e familiar, pelo menos uma vez no ano, percentagem esta que tem aumentado significativamente.

Considerando os hábitos e estilos de vida da população estudada, podemos concluir que 85,7% da população nunca fumou, sendo que atualmente apenas 1,6%, ou seja, um inquirido, tem consumo de tabaco diário. Estes dados são muito diferentes e menores em relação aos dados da Saúde dos Portugueses (2016), que indicam que a percentagem de adultos fumadores é de 20% e de não fumadores de 58,2%.

Relativamente ao consumo de álcool, os resultados indicam que 36,5% da população consome diariamente bebidas alcoólicas em volume inferior a 30 cl. Os resultados da Saúde dos Portugueses (2016), corroboram os encontrados, pois referem que 45% apresenta consumo diário de álcool.

O estudo realizado conclui ainda, que a população idosa inquirida, na sua maioria (44,4%) não pratica atividade física regular e apenas 3,2% o faz quase todos os dias. No estudo realizado por Martins & Andrade (2014), relativamente à prática de atividade física, 27,1% da população não pratica atividade física e 26,3% fá-lo diariamente. Considerando a importância da prática regular de atividade física para um envelhecimento saudável, estes



são dados preocupantes e requerem a elaboração de programas de intervenção junto da população idosa institucionalizada.

Relativamente à literacia funcional, avaliada pelo Newest Vital Sign, o estudo apresentado revela que, na sua maioria, a população estudada não é capaz de ler e interpretar os dados do rótulo de embalagem apresentado (98,4%). Um estudo realizado por Paiva, et al., (2017), utilizando o Newest Vital Sign, em Portugal, demonstra que 72,9% da população apresenta também incapacidade para interpretar o rótulo apresentado. Esta diferença de percentagens, pode relacionar-se com a elevada percentagem de analfabetos do estudo e com o facto de que, muitas vezes os rótulos são apresentados em letras muito pequenas, causando muitas vezes dificuldades na sua leitura.

Considerando o nível de Literacia para a saúde geral, neste estudo, a maioria da população estudada, 87,8%, apresenta nível de literacia para a saúde inadequado. Estes resultados são superiores aos encontrados por Espanha et al, 2016.

O contexto social e cultura são influenciadores diretos do nível de literacia para a saúde de cada país e que de todas os grupos populacionais, são as pessoas idosas as mais vulneráveis, pois revelam níveis problemáticos e inadequados de literacia para a saúde geral, em percentagens superiores a 80%, nas pessoas com mais de 75 anos (Espanha et al, 2016).

Ainda num outro estudo desenvolvido na região norte do país, tendo sido avaliada a literacia para a saúde em pessoas idosas, 80% da população apresentou níveis limitados de literacia e apenas 20%, níveis adequados (Serrão, Veiga e Vieira, 2015).

Por outro lado, em consonância com Sørensen, Pelikan, Röthlin, et al., (2015), quando da aplicação do instrumento em Portugal, em 2011, foi notório que as pessoas com mais de 66 anos apresentavam os mais baixos níveis de literacia para a saúde. Também no primeiro estudo europeu realizado, utilizando o HLS-EU, (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen, Pelikan, Röthlin, et al., 2015), concluíram os investigadores que 47.6% da população inquirida, dos países participantes, apresenta literacia para a saúde limitada.

Quando realizada a tradução e validação deste instrumento para a população portuguesa, por Saboga-Nunes, Sorensen e Pelikan (2014), os dados demonstram literacia limitada em 61% da população estudada. Num estudo realizado por Espanha, Ávila e Mendes (2016), os dados revelam que 49% da população estudada, apresentou limitada literacia para a saúde.

O estudo vem reiterar a problemática no que se refere à literacia para a saúde na população idosa, considerando que os valores percentuais dos estudos supramencionados são muito inferiores aos resultados por nós obtidos.

Os resultados revelam ainda que, 73,3% da população apresenta literacia limitada na dimensão cuidados de saúde, dados que se aproximam dos de Escoval, Amaral e Pedro (2016), no estudo que realizaram, em que o nível de literacia para a saúde é limitado em 61,4% da população, nesta dimensão.

Segundo os mesmos autores, na dimensão prevenção da doença, a população integrante do estudo apresenta também literacia limitada (55,1%), sendo no estudo aqui apresentado uma percentagem bem mais elevada de literacia limitada nesta dimensão, correspondente a 84,7%, o mesmo acontecendo com a dimensão promoção da saúde. Assim, é na dimensão cuidados de saúde que a população apresenta piores resultados de literacia para a saúde, corroborando os dados de Escoval, Amaral e Pedro (2016), da mesma forma em que no estudo apresentado, a dimensão onde se encontra a maior percentagem de literacia para a saúde suficiente é a promoção da saúde, com 28,6%, indo de encontro aos dados do estudo de Escoval, Amaral e Pedro (2016), com 39,8%, na mesma dimensão.

Os resultados deste estudo, em consonância com Davey, Holden, & Smith, 2015; Espanha et al., 2016; Omachi, Sarkar, Yelin, Blanc, & Katz, 2013, mostram que apesar da população estudada apresentar alguma competência no processamento de informação dada por profissionais de saúde, servindo esta para a tomada de decisão sobre saúde, os indivíduos não são tão competentes no que se refere a compreender a informação de forma a lidar com fatores de risco e determinantes de saúde, para potenciação do seu estado de saúde geral e de quem os rodeia, bem como da comunidade em que se inserem, mostram ainda défices de capacidade para a utilização correta dos serviços de saúde perante diferentes necessidades.

## 6. CONCLUSÃO

O conceito de literacia para a saúde, tem sofrido várias alterações ao longo das últimas décadas. A importância desta temática, foi assim crescendo e ganhando destaque em vários países, tornando-se parte de agendas políticas com relevância nas reformas de saúde, considerando a influencia direta da literacia para a saúde com os resultados em saúde, desigualdades sociais e grande impacto na economia.

Colocar a saúde e a literacia para a saúde no centro da política nacional é uma necessidade, pois esta é fulcral quer para a utilização eficiente e eficaz dos serviços de saúde, quer para a prevenção da doença e promoção da saúde, individual e das comunidades.

Partindo do conceito de literacia para a saúde, tendo sido utilizado o HLS-EU-PT, o estudo apresentado, respondeu aos objetivos inicialmente pretendidos, de avaliar a literacia para a saúde de uma população de pessoas idosas institucionalizadas.

O presente estudo apresentou, contudo, algumas limitações, pois tendo sido realizado numa amostra de pequena dimensão, não pode ser visto como representativo da população idosa institucionalizada em Portugal. A extensão do questionário e tempo de aplicação foi também uma limitação, pela dificuldade em manter o interesse dos inquiridos em participar.

No entanto, estas limitações não influenciam negativamente os resultados obtidos, mas colocam preocupações e levanta questões para futuros estudos de investigação, podendo estes dados revelar um contributo para elaboração de estratégias de promoção da literacia para a saúde nas instituições onde o estudo se realizou.

Futuramente sugerem-se novas investigações, nomeadamente numa população mais abrangente, ou até mesmo estudos que permitam comparação de resultados entre pessoas idosas institucionalizadas em contexto de centro de dia e residência.

Através da realização deste estudo torna-se evidente a necessidade de preparação e formação dos profissionais de saúde e instituições de cuidados de saúde, desenvolverem competências que criem condições para responder às necessidades dos clientes de cuidados na literacia para a saúde, na procura de capacitar os indivíduos a tornarem-se parte ativa nas tomadas de decisão conscientes e informadas sobre a sua saúde e na potencialização do seu estado de saúde geral, pois só assim, se poderá conseguir uma sociedade mais sustentável, com menos desigualdade e com melhor gestão de recursos.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2013). *Psicologia do Adulto Idoso*. Lisboa: Edições Piaget.
- Araújo, I., Jesus, R., Teixeira, M., Cunha, A., Santos, F. & Miranda, S. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Série Iv (18). doi.org/10.12707/RIV18008.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. doi: 10.1111/j.15251497.2006.00540.x
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. & Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: Relatório preliminar*. Lisboa: Universidade de Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Born, T. (2002). *Cuidado ao idoso em instituição*. In: PAPALÉO NETO, M. et al. (Orgs.). *Gerontologia*, 403-413.
- Caldas, C. (2002). Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhecimento*, v.4, n.8, pp. 39-56.
- Carmo, H., Rangel, J., Ribeiro, N. & Araújo, C. (2012). Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? *Passo Fundo* vol 9 nº 3 330-340. Retirado de <https://core.ac.uk/display/142213996>
- Carvalho, M. & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Revista Millenium*, 40:161-184. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/267379489\\_Adaptacao\\_dos\\_Idosos\\_Institucionalizados/download](https://www.researchgate.net/publication/267379489_Adaptacao_dos_Idosos_Institucionalizados/download)
- Comissão Nacional da Unesco [CNU] (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Portugal: UNESCO.
- Costa, A., Saboga-Nunes, L. & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Revista Observações, Boletim Epidemiológico* 2ª edição nº 17 artigo breve nº 9 38-40. Retirado de [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_N17\\_2016\\_artigo9.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf)
- Davey, J., Holden, C. & Smith, B. (2015). The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1-12. doi:10.1186/s12889-015-1900-5
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). *Idade Maior em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 anos ou mais de idade*. Lisboa, Portugal: Direção de Serviços de Informação de Análise do Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Entidade Reguladora da Saúde (2017). *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Escoval, A., Amaral, O. & Pedro, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259 – 275. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Recuperado de: [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)

European Commission. (2007). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013*. Genebra: European Commission.

Ferreira, P. (2010). *Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos*. São Paulo: Brasil. Retirado de: [www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191](http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191)

Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Interscienceplace - Revista Científica Internacional*, vol. 1, nº 7 106-132. Retirado de: <http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>

Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Floriani, C. & Shuramm, F. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solidão? *Caderno Saúde Pública*, v.20, n. 4, july/aug.

Fortin, M. Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, G. (2017). *Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18960/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Greg%C3%B3rio\\_Freitas\\_7230-2.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18960/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Greg%C3%B3rio_Freitas_7230-2.pdf)

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Gabinete de Estatística de Planeamento da Educação (2009). *A Dimensão Económica da Literacia em Portugal: Uma Análise*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.

Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª edição. Editora Atlas S.A.

Gineste, Y. & Pellisier, J. (2007). *Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gonzalez, L. & Seidl, E. (2011). O envelhecimento na perspetiva de homens idosos. *Paidéia*, vol. 21, nº 50 345-352. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/07.pdf>.

Inquérito às Despesas das Famílias [IDEF] (2012). *Inquéritos às despesas das famílias 2010/2011*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015). *Inquérito Nacional de Saúde-2014*. Portal do Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Portal do Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Destaque: Informação à comunicação social*. Portal do Instituto Nacional de Estatística.

Intellicare (2017). *Literacia em saúde*. <https://www.intellicare.pt/pt/literacia-em-saude/>

Jordan, J., Osborne, R. & Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weakness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 366-379.

Kickbush, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. International Longevity Centre. Retirado de: [http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf\\_pdf\\_3.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf)

Koh, H., Berwick, D., Clancy, C., Baur, C., Brach, C., Harris, L. & Zerhusen, E. (2012). New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly “crisis care”. *Health Affairs*, 31(2), 434-443.

Lini, E., Portela, M., & Doring, M. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 19(6): 1004-1014. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601004&script=sci_arttext&tlng=pt)

Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina.

Magalhães, M. (2003). Quem vive só em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 55-68.

Marques, J. (2015). *Literacia em Saúde: Avaliação Através do European Health Literacy Survey em Português num Serviço de Internamento Hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE Business School: Instituto Universitário de Lisboa. Recuperado de: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11458/1/Tese%20-%20Literacia%20em%20Sau%CC%81de.pdf>

Martins, A. & Andrade, I. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, n. 3, pp.75-84. Recuperado de: [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=718&codigo](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=718&codigo)

Martins, C. (2017). *Literacia em Saúde numa Comunidade da Região Centro*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico da Guarda. Recuperado de: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3990/1/E%20Com%20-%20Catarina%20S%20Martins.pdf>

Marshall, C. & Eberle, M. (2012). *Introduction to health literacy*. University of Massachusetts Medical School. Retirado de: <https://escholarship.umassmed.edu/ner/20>.

Omachi, T., Sarkar, U., Yelin, E., Blanc, P. & Katz, P. (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 74-81. doi:10.1007/s11606-012-2177-3

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização das Nações Unidas [ONU] (2017). *World Population Prospects - The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. New York, United Nations: Department of Economic and Social Affairs.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N. & Azevedo, A. (2017). Prevalência de Literacia em Saúde Inadequada em Portugal Medida com o Newest Vital Sign. *Acta Med Port*, 30(12), pp.861-869. Recuperado de: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33387/1/ICS\\_PMFerreira\\_Limited%20Health%20Literacy\\_ART.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33387/1/ICS_PMFerreira_Limited%20Health%20Literacy_ART.pdf)

Parker, R. & Ratzan, S. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for americans. *Journal of Health Communication*, 15(2), 20-33.

Pedro, A. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. (Tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública: Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>

Pena, F. & Santo, F. (2006) O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol. 08, nº1 17-24. Retirado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/948/1161?journal=fen#02>.

Pocinho, R. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. (Dissertação de doutoramento não publicada em Psicogerontologia). Universidade de Valência. [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores\\_Pocinho.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf)

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5.ª ed.). Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed

Rebelo, J. & Penalva, H. (2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*. II Congresso Português de Demografia. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal. Retirado de <http://www.apdemografia.pt/files/786534234.pdf>



Saboga-Nunes, L., Kristine, S., & Pelikan, J. (2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. Comunicação no VIII Congresso Português de Sociologia. Évora, 2014. Retirado de [http://historico.aps.pt/viii\\_congresso/VIII\\_ACTAS/VIII\\_COM0526.pdf](http://historico.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf)

Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., & Paixão, E. (2014). Cross-cultural adaptation and validation to portuguese of the european health literacy survey (HLS-EU-PT). *Atencion Primaria*, 46(13). Retirado de: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32161/1/WC-HealthResearch-HEPCOM.pdf>

Saboga-Nunes, L., Sorensen, K. & Rodrigues, E. (2015). Burden das doenças crónicas não transmissíveis e o papel da literacia para a saúde na sua prevenção/control: Resultados 85 do estudo european health literacy survey no contexto português (HLS-EU-PT). *Revista Direção-Geral da Saúde*, 3, 31-32.

Santos, R., Santos, P., Santos, V. & Duarte, J. (2013). Qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência* III série nº 11 37-48 doi10.12707. Retirado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300005)

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Porto: Lidel - Edições técnicas, Lda.

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, especial.2. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf>

Silva, E., Filho, C., Fajardo, R., Fernandes, A. & Marchiori, A. (2005). Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no Tratamento Odontológico. *Revista Ciência em Extensão*, vol. 2, nº1 1-14. Retirado de [http://200.145.6.204/index.php/revista\\_proex/article/view/186/100](http://200.145.6.204/index.php/revista_proex/article/view/186/100)

Sorensen, K., Pelikan, J., Rothlin, F., et al. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 16.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., et al. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(948).

Squire, A. (2002). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População*. Loures: Lusodidacta.

Tavares, L. (2007). *Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90654>

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação-Efeitos de Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29711>.

Weiss, B., Mays, M., Martz, W., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522. Retirado de: <http://www.annfammed.org/content/3/6/514.full?sid=845f6fc8-d2c6-4a05-b7%2021-f6a85b1d4c19>

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Medicas.

## **ANEXOS**



**ANEXO 1:** Pedido de autorização às instituições.

RE: Pedido de colaboração - Estudo de Investigação em Enfermagem

**From:** [redacted]  
**Sent:** Tuesday, March 26, 2019 6:34:28 PM  
**To:** 'Elda Raquel Saraiva da Costa'  
**Subject:** RE: Pedido de colaboração - Estudo de Investigação em Enfermagem

Boa tarde,

Após análise da Direção, venho por este meio comunicar que teremos muito gosto em colaborar no estudo a que se propõe.

Continuação de um bom trabalho,

[redacted]

SANTA

[redacted]



Lar S.

qui, 31

Você ▾



Declara-se que Elda Raquel Saraiva da Costa foi autorizada a realizar o seu estudo intitulado "Literacia para a Saúde em Idosos Institucionalizados" na  
Sa [redacted].

[redacted]



**ANEXO 2:** Pedido de autorização de utilização do instrumento HLS-EU-PT.



# Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®



Todas as dimensões e versões do HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)\* estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor. Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a HLS-EU-PT será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)\* are copyright and may only be used with permission from the author. A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the HLS-EU-PT you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença HLS-EU-PT, por favor preencha este formulário e devolva-o a:

Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com)

To obtain a HLS-EU-PT license agreement, please complete this form and return it to:  
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com)

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado HLS-EU-PT receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a HLS-EU-PT e qualquer uma das três dimensões HLS-EU-PT que seleccionar usar.

As a licensed HLS-EU-PT user you will also receive limited support including advice on research questions involving HLS-EU-PT and which of the three HLS-EU-PT domains that you might be best to use.

#### Aviso importante:

- A licença para usar a HLS-EU-PT dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas HLS-EU-PT, estrutura ou respostas dos itens. Em situações em que o contexto de aplicação exija alterações circunstâncias, estas poderão ser autorizadas pelo autor de modo a salvaguardar essas circunstâncias específicas. Neste formulário em "anotações especiais (7)" deverá ser especificado o contexto e as mudanças de alteração pretendidas. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da HLS-EU-PT inviabiliza que possa alegar que usou a escala HLS-EU-PT. A Escala HLS-EU-PT deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignos, consistentes com os estudos de validação. Ao se registar concorda em cumprir com esses requisitos.

#### Important notice:

A license to use the HLS-EU-PT entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the HLS-EU-PT questions, item stems or item responses. In situations where the context requires changes to the instrument, they may be allowed by the author so as to safeguard these specific circumstances. In this form under "special notations (7)" should be specified the context and changes that are required. The omission of any of the HLS-EU-PT questions within a scale means that you cannot claim that you have used a HLS-EU-PT scale. HLS-EU-PT scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirement.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.

----- Mensagem Original -----

Assunto: Re: Pedido

De:

Data: Seg, Janeiro 21, 2019 11:24 am

Para: henriqueta@esenf.pt

-----

Caríssima

Agradecendo a sua mensagem aqui envio a autorização para o uso da escala.  
Deixo-lhe algumas indicações que poderão ser-lhe úteis

Atenção: um pedido de licença não pode ser gerado sem este formulário preenchido

**Please Note: a license request cannot be generated without a completed form**

#### 1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:

\_\_\_\_\_Escola Superior de  
Enfermagem do Porto\_\_\_\_\_

Pessoa de contato / Contact person:

\_\_\_\_\_Maria Henriqueta Figueiredo\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

Email /Email address: henriqueta@esenf.pt

\_\_\_\_\_

Telm / Phone number: 912311887

Endereço / Address: Rua Dr. António Bernardino de Almeida

Cidade / Town / City: Porto

Estado / State:

País / Country: Portugal

Endereço WebWebsite: www.esenf.pt

## 2. Tipo de organização / Type of organisation:

- ☐ Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
- ☐ Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
- ☐ organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
- ☒ organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)
- ☐ Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
- ☐ outro (especifique) Other (please specify):

## 3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: “Modelo Dinâmico de Avaliação e

Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”; Sub-

Projeto: A Literacia para a saúde em pessoas idosas institucionalizadas

Resumo / Summary of your project

O conceito de família institucional, segundo Figueiredo (2013) integra os contextos onde residem e interagem diversos indivíduos, na sua maioria sem vínculos de consanguinidade e /ou legais, como lares de idosos, entre outros. Neste enquadramento importa entender como as pessoas idosas, compreendem e vivem o conceito de saúde. Neste sentido, surge a literacia para a saúde, ou seja, *“a capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização em diversas situações e ao longo do ciclo de vida”* (Costa, Saboga-Nunes e Costa, 2016, pp 38). A literacia para a saúde mobiliza o conhecimento das pessoas, a sua

motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com o propósito de serem capazes de tomar decisões em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, no sentido de manter ou melhorar a sua qualidade de vida, ao longo do tempo. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pela sua proximidade com as pessoas e pela relação privilegiada que criam com a população, neste caso, com as pessoas idosas, destacam-se neste processo de promoção de saúde individual, com repercussões a nível familiar e comunitário.

Propomo-nos avaliar a literacia para a saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

Estudo quantitativo, do tipo transversal e descritivo. A população corresponde às pessoas idosas, institucionalizadas, em quatro lares de idosos de uma freguesia do distrito de Braga. Para a recolha de dados será utilizada a versão portuguesa do questionário de literacia para a saúde HLS-EU-PT.

Para o tratamento e análise dos dados será utilizada estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences – versão 25.0).

**4. Lista dos investigadores principais / List principal investigators:** (title, first name, and surname)

Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Professora Doutora Maria José Peixoto

Mestranda Elda Costa

**5. Características do programa / Characteristics of your program:**

**5.1 datas de início e fim / start and finish dates**

**Início / Start date: Dezembro 2018 Fim / End date: Julho 2019**

**5.2 Projeto ou programa financiado? / Is your study, project or program funded?**

☒ Não.

☐ Sim, para uso comercial (produto ou serviço) / Yes, for commercial use, of a product or service

☐ Sim, para a pesquisa / Yes, for research proposes

Se é financiado por favor especificar o valor do financiamento / If it is funded please specify the size of funding:

☐ <€50,000

☐ €50,000 - €199,999

☐ €200,000 or greater

5.3 Número de entrevistados que se espera completem a HLS -EU- PT / Number of respondents completing the HLS-EU-PT (e.g. 60 participantes / participants): 100

5.4 Número de vezes HLS -EU- PT será administrada a cada participante / Number of times HLS-EU-PT will be administered to each participant: 1

5.6 Características dos inquiridos / Characteristics of respondents:

x ☐ Grupo etário / Specific age group (age range): pessoas com mais de 65 anos

☐ Pessoas com alguma patologia particular / People with a particular disease (especifique / specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.6 Método de distribuição da HLS-EU-PT / Method of delivery of the HLS-EU-PT:

☐ correio / Mail

☐ telephone/ Telephone

x ☐ entrevista / Interview / oral

☐ por alguém próximo / Filled in by proxy (e.g. doctor, partner, parent, or caregiver)

☐ na internet, de base computacional / Web / computer-based

☐ outro (especifique) Other (please

specify): \_\_\_\_\_

## 6. Proteção dos dados / Privacy Disclosure

6.1 Disponibiliza os detalhes que forneceu neste formulário para que estejam disponíveis a outras organizações ou pesquisadores que trabalham em áreas semelhantes? / Are you willing to have the details you have provided on this form made available to other organizations or researchers working in similar fields?

☐ Sim / Yes

☒ x Não / No

6.2 Prosseguimos com investigação focada na sensibilidade, validade e fidedignidade da HLS -EU- PT cujo objetivo é fornecer parâmetros de referência da HLS-EU-PT para auxiliar pesquisadores e organizações na compreensão dos resultados . Está disposto a

disponibilizar os seus dados (sem identificação) para apoiar este processo? / We are conducting research into the sensitivity, validity and reliability of the HLS-EU-PT and aim to provide benchmarks for HLS-EU-PT to assist researchers and organisations in understanding of the results. Are you willing to make your data available in de-identified format to support this?

- ☒x Sim / Yes  
☐ Não / No

7. (anotações especiais) Considera que a aplicação do questionário carece de adaptações específicas ao seu contexto de investigação? / (special notations) Do you consider that the survey needs specific changes that are required in order to adjust to the specific social context of your research?

- ☐ Sim / Yes  
☒x Não / No

No caso de ter respondido “sim” registe a seguir as anotações especiais:  
(especifique aqui o contexto e as alterações pretendidas do questionário no caso de estas se revelarem necessárias para que o seu estudo tenha em conta algum aspeto específico da sua utilização) / If you have answered "yes" register in the following lines your change request: ( specify here the context of the questionnaire application and required changes if these are necessary so that your study will better respond to any particular aspect)

---

---

---

Obrigado por preencher este formulário de inscrição e enviá-lo para  
**Thank you for completing this registration form and send it to**

Luis A. SABOGA NUNES, MPH, PhD . Professor . Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde  
(ProLiSa) [www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)  
Email [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com) Telm. (+ 351) 91 47 47 066

\* Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT (ou Questionário Europeu de Literacia em Saúde, Escala Europeia de Literacia para a Saúde, Escala Europeia de Literacia em Saúde) IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Registo n.º 4140/2014 Ref: SIIGAC/2014/7098




[www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)  
 Health Literacy Survey HLS•EU•PT  
 estudo europeu da literacia para a saúde (vertente portuguesa)

